

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

17

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

HALPHEN Françoise

Née le 23 Février 1946, à Boulogne-sur-Seine.

Présentée et soutenue publiquement le

**L'ŒSOGASTROSCOPIE EN URGENCE
DANS LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES.**
Sa technique. Ses résultats. Sa place.
A propos de 230 observations.

Président : Mr. Ch. DEBRAY, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1971

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-ouest

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

HALPHEN Françoise

Née le 23 Février 1946, à Boulogne-sur-Seine.

Présentée et soutenue publiquement le

**L'ŒSOGASTROSCOPIE EN URGENCE
DANS LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES.**

**Sa technique. Ses résultats. Sa place.
A propos de 230 observations.**

Président : Mr. Ch. DEBRAY, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1971



A MON GRAND-PERE,

le Docteur Jacques MOCK

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

qui m'a fait l'honneur de
bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé Claude BETOURNE

Dans le service de qui nous
avons eu la joie de pouvoir
travailler.

Avec notre profonde admiration.

A Monsieur le Professeur Raymond DUPUY

Avec tout notre respect.

A Monsieur le Docteur Pierre DUPUY

qui, grâce à sa grande expérience, nous a permis de réaliser ce travail et qui a guidé nos premiers pas dans l'étude de l'endoscopie avec une exquise gentillesse et une grande patience.

A Monsieur le Docteur Jean COULBOIS

qui a participé à ce travail.

Avec toute notre sympathie.

A MES MAÎTRES D' EXTERNAT :

Docteur Yves BARRE

Professeur Jean JUDET

Professeur Julien MARIE

Docteur H.-Pierre KLOTZ

Docteur Jacques MICHON

L ' OESOGASTROSCOPIE EN URGENCE
DANS LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

SA TECHNIQUE

SES RESULTATS

SA PLACE

A PROPOS DE 230 OBSERVATIONS

I N T R O D U C T I O N

Il est actuellement admis, malgré encore quelques réticences, que l'oesogastroscope en urgence est un examen indispensable, parfois même irremplaçable, pour affirmer ou confirmer l'origine d'une hémorragie digestive haute, permettant ainsi d'adopter une attitude thérapeutique logique.

Mais cet examen nécessite des conditions particulières qui, malheureusement, ne sont réunies que dans certaines unités spécialisées de gastro-entérologie (personnel infirmier suffisamment abondant, laboratoire d'urgence, radiologue, endoscopiste, appareil d'endoscopie).

Dans de telles conditions, l'endoscopie en urgence est presque toujours possible, même chez des malades fragiles qui ne pourraient supporter un examen radiologique.

Notre étude, à propos de 230 observations, ne va pas essayer d'affirmer, mais de confirmer l'apport de l'endoscopie, ses résultats, sa place par rapport aux autres méthodes diagnostiques.

Nous suivrons le plan suivant :

- Matériel d'étude
- Résultats globaux

I- Place de l'endoscopie en urgence dans le traite-

ment des hémorragies digestives.

II- Technique.

III- Les causes.

IV- Place de l'endoscopie par rapport aux autres méthodes de diagnostic.

V- Les associations lésionnelles.

VI- Deux problèmes particuliers : les cirrhoses, les gastrites.

Notre travail repose sur l'étude de 230 dossiers de malades qui, ayant présenté une hémorragie digestive, ont été admis dans l'Unité de Réanimation des Hémorragies digestives du Service du Professeur René FAUVERT (Hôpital Beaujon - Clichy) et dans le Service du Professeur Agrégé Claude BETOURNE (Hôpital Ambroise Paré - Boulogne).

Ces 230 examens endoscopiques ont été pratiqués systématiquement, soit en urgence immédiate en pleine hémorragie, soit dans les heures qui l'ont suivie, soit "différée" de quelques jours, quels que soient les résultats des explorations biologiques, cliniques, radiologiques mises en oeuvre pour affirmer l'origine de l'hémorragie.

En effet, toutes ces explorations font partie, avec l'endoscopie, de "la conduite à tenir dans les premières 24 heures ou 48 heures" devant une hémorragie digestive (Approche vigoureuse du diagnostic de Palmer).

Avant tout examen, l'endoscopiste appelé en urgence doit lui-même veiller :

1)- à la pose d'une sonde gastrique

qui permet d'affirmer la présence ou non de sang intra-gastrique,

d'aspirer ce sang,
de nettoyer l'estomac,

et permettra de suivre l'évolution et de pratiquer l'endoscopie et la radiologie.

2)- à la pose d'une ou mieux de deux voies veineuses, l'une permettant de prendre une pression

veineuse centrale.

Il est actuellement admis que les cathéters sont très préférables aux dénudations : d'une part, pour des raisons d'asepsie ; d'autre part, ils constituent une voie solide permettant de mobiliser le malade.

Le groupe sanguin sera fait dès l'arrivée et le sang mis en route le plus tôt possible.

3)- Apprécier l'état général et hémodynamique du malade par l'examen clinique et des examens para-cliniques : pouls, pression artérielle, pression veineuse, auscultation cardiaque, signes d'artériosclérose; rythme respiratoire, électrocardiogramme, radiographie du thorax au lit, hématokrite ou mieux numération globulaire, ionogramme, glycémie.

4)- Surveiller, pendant toutes ces explorations, toutes les demi-heures ou heures selon la gravité, l'état hémodynamique du malade et apprécier le cours de l'hémorragie.

Après tous ces gestes nécessaires à la réanimation, l'endoscopiste pourra effectuer son examen.

Nous présentons ici 230 cas d'examens endoscopiques pratiqués dans ces conditions.

Nous avons employé :

- 142 fois, le gastrofibroscope à vision latérale,
- 65 fois, l'oesofibroscope à vision terminale,
- 8 fois, l'association des deux appareils.

On devra tenir compte dans les résultats de la nette prédominance de l'emploi du gastroscope à vision latérale.

	ETIOLOGIE REELLE DE L'HEMORRAGIE		154 EXAMENS + ENDO. +		61 EXAMENS - ENDO. -	
			Nombre	%	Nombre	%
Ulcère gastrique	34	16 %	31/34	14 %	3/34	
Ulcère duodénal	29	14 %	9 : 3 vus 5 suspectés par reflux de sang au pylore	4 %	20/29	
H.T.P. (V.O. → V.C.T.)	67	31 %	46/67 33 V.O. 6 suspectées par sang au cardia 7 V.C.T.	22 %	21/67	
Gastrite hémorrag.	46	22 %	46/46	22 %		
Hernie hiatale	13	6 %	13/13	6 %		
Epistaxis	2				2	
Divers	7		7			
Cryptogénétique	13	6 %			13	6 %
Erreurs endosco- piques	15	7 %	13	6 %	2	1 %

RESULTATS GLOBAUX (Tableau ci-après)

Résultats globaux sur 230 examens et résultats suivant l'appareil employé :

Il y a eu 15 échecs techniques (7 %). Endoscopies impossibles.

- 2 examens recusés.
- 5 échecs dus à une agitation importante.
- 2 trismus au cours de coma.
- 3 présences de baryte gênant la vue.
- 2 intolérances à l'air.
- 1 cyphoscoliose très prononcée.

Sur 215 examens endoscopiques pratiqués :

- 154 cas de diagnostic exact vérifié : 72 %
- 61 cas : pas de cause d'hémorragie visible : 28 %
- 15 cas de diagnostic erroné : 7 %
- 13 cas où l'étiologie de l'hémorragie est restée inconnue : 6 %

Aucun accident n'a été constaté dans notre série, pas de chute tensionnelle après l'examen.

RESULTATS DES EXAMENS ENDOSCOPIQUES
SUIVANT LE TYPE D'APPAREIL

	Gastro- fibroscope 142 examens	Oeso- fibroscope 65 examens	Les 2 appareils 8 examens
Sang ↘ au cardia	6		
Hernie hiatale	7	6	
Oesophagite		2	
Varice oesophagienne	2	27	4
Varice cardio- tubérositaire	5	2	
Ulcère gastrique	18	8	2
Gastrite hémorra- gique	27	16	1
Divers	5		
Ulcère peptique	1	2	
Ulcère duodéal	2	1	
Sang ↗ au pylore	3	3	
ENDOSCOPIES NEGATIVES			
Varice oesophagienne	21		
Ulcère gastrique	2	1	
Ulcère duodéal	17	2	1
Association U.B. + V.D.		1	
Epistaxis	1		
Cryptogénétique	11	2	
Erreurs	11	2	2
Source hémorragique affirmée	33	20	1

Les résultats selon l'appareil employé :

- Avec le gastroscope : 142 examens pratiqués :

- . 55 % diagnostic exact vérifié
- . 37 % pas de cause d'hémorragie vue
- . 8 % diagnostic erroné.

- Avec l'oesofibroscope : 65 examens pratiqués :

- . 87,5 % diagnostic exact vérifié
- . 9 % pas de cause d'hémorragie vue
- . 3,5 % diagnostic erroné.

Ces résultats nous montrent l'importance du choix de l'appareil, problème sur lequel nous reviendrons.

L'apport de l'oesophagoscopie est confirmé par CONN et BRODOFF, en 1964.

Sur 94 hémorragies digestives, 68 fois le diagnostic a été fait par cette méthode, dont 42 fois prouvé par des constatations chirurgicales ou anatomiques.

APPORT DE L'ŒSOPHAGOS COPIE

	DIAGNOSTIC PROUVE		NON PROUVE		TOTAL	
	Nombre d'H.D.	%	Nombre d'H.D.	%	Nombre d'H.D.	%
Diagnostic correct	42	91	26	74	68	84
Erreur ou diagnostic incorrect	4	9	9	26	13	16
Examen non valable Echec	3		3		6	
Cryptogénétique			7		7	
	49	100	45	100	94	100

- I -

PLACE DE L'ENDOSCOPIE EN URGENCE DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

POURQUOI LA FAIRE ?

L'examen endoscopique peut être pratiqué dans presque tous les cas. 15 échecs techniques dans notre série.

Avec le développement des oesogastrosopes en fibre de verre, entièrement flexibles, cet examen est devenu plus simple, pratiquement inoffensif et est très bien supporté par des malades fragiles.

De plus, toute hémorragie digestive, même minime, peut persévérer ou reprendre sur un mode plus grave, le malade voyant son état devenir rapidement catastrophique sans que l'on sache d'où il saigne et donc le traitement à appliquer.

PALMER, en 1960, publiait déjà la comparaison entre les résultats obtenus par les deux méthodes diagnostiques.

A QUELS MALADES ?

Les contre-indications étant :

- l'hémorragie trop rapide et trop abondante pour être compensée par des transfusions, nécessitant une intervention d'urgence ;

COMPARAISON DES DEUX APPROCHES DIAGNOSTIQUES

<u>APPROCHE CLASSIQUE</u> 212 cas	<u>APPROCHE "VIGOUREUSE"</u> (V.D.A.) 650 cas
%	%
Diagnostic correct 34,9	87,1
Traitement optimum 55,2	93,1
Cryptogénétique 15,1	10,3
Mort par hémorragie 8,1	7,5
Traitement correct 47,1	100
Urgence chirurgicale 11,8	17,4
Diagnostic correct 28	92,9
Bonne intervention 56	100

E.D. PALMER

Diagnosis of upper gastrointestinal hemorrhage

(Ch. C. Thomas - Springfield - Illinois)

- la grande insuffisance cardiaque ;
- l'insuffisance respiratoire grave, si le sujet n'est pas en assistance respiratoire ;
- l'anévrisme de l'aorte ;
- le delirium tremens.

Nous pratiquons un examen endoscopique en urgence systématique à tous les malades ayant présenté une hémorragie digestive, quel que soit le contexte clinique, biologique ou radiologique.

QUAND LA FAIRE ?

Pose le problème :

- 1- de sa place par rapport à la radio ;
- 2- du délai entre l'hémorragie digestive et l'examen endoscopique.

Nous développerons ces deux problèmes dans l'analyse des résultats.

- II -

TECHNIQUE

= Nous pratiquons l'examen endoscopique après un lavage gastrique qui parfois est difficile, nécessitant beaucoup de patience. Certains endoscopistes (Desneux) le jugent inutile, d'autres indispensable (DAGRADI, PALMER).

= Choix de l'appareil.

C'est un problème très important. Pendant longtemps, pour des raisons matérielles, nous n'avions à notre disposition qu'un gastrofibroscope à vision latérale, ce qui explique le nombre de varices oesophagiennes passées inaperçues (21).

L'appareil à employer est avant tout l'oesofibroscope à vision terminale ou axoscope, qui va permettre d'explorer tout l'oesophage, le fundus, l'antra, le pylore et souvent le bulbe.

Même si la vision est gênée, cet appareil permet le plus souvent de dire si l'hémorragie est gastrique ou oesophagienne. Mais il n'explore pas la portion sous-cardiale de la petite courbure, la grosse tubérosité et la petite courbure horizontale. Si on soupçonne une lésion dans ces zones, dans un deuxième temps on pourra passer le gastrofibroscope à vision latérale.

Actuellement, l'oesofibroscope long, de commercialisation récente, permet la vision du bulbe et du premier duodénum.

= La préparation du malade est capitale sur le plan psychologique.

Il faut lui expliquer calmement l'examen qu'il va subir, pour obtenir une coopération parfaite.

La prémédication est en général inutile, dangereuse même quelquefois, chez le malade cirrhotique. Sauf contre-indication, nous employons 1 ampoule de Valium 10, 1/4 mg d'Atropine, 1 ampoule de Vogalène.

L'anesthésie locale par pilule ou gel à la Xylocaïne est en général satisfaisante. Certains endoscopistes ne font aucune anesthésie. Effectivement, on peut obtenir, dès l'introduction du tube, un vomissement réflexe qui finit de nettoyer l'estomac.

= Le malade est couché en décubitus latéral gauche.

Dans un estomac bien lavé, on peut voir :

- un ulcère avec un caillot ou avec traînée d'hématine ;
- une varice œsophagienne avec cette même traînée ;
- des ecchymoses, des purpuras, des ulcérations d'une gastrite hémorragique.

Mais, le plus souvent, l'estomac est moins propre et seul un endoscopiste expérimenté et familier avec "l'estomac hémorragique" pourra reconnaître une lésion.

Parfois, le seul renseignement apporté est la localisation de l'hémorragie à l'œsophage ou à l'estomac.

- III -

LES CAUSES

1)- Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.

La fréquence des hémorragies ulcéreuses par rapport à l'ensemble des hémorragies digestives est très variable d'une statistique à l'autre.

Cependant, dans presque toutes les études faites, la fréquence des ulcères duodénaux est supérieure à celle des ulcères gastriques.

Dans notre série, nous avons observé :

14 % d'ulcères duodénaux,

16 % d'ulcères gastriques,

soit 30 % d'ulcères gastro-duodénaux.

Parmi les 9 ulcères duodénaux diagnostiqués par l'endoscopie :

- 2 ont été réellement vus, l'un à travers un pylore béant, l'autre après passage du pylore, "zone cruentée et hémorragique".

- 6 ont été suspectés sur la présence d'un reflux de sang frais à travers l'orifice pylorique, signe d'importance capitale. L'examen élimine ainsi une lésion intra-gastrique et affirme que l'origine du saignement se situe au-delà du pylore.

- 1 ulcère du bulbe a été suspecté sur l'existence à l'examen d'une hyperkinésie antrale. Il était visible radiologiquement.

A noter que, à deux reprises, un ulcère gastrique, cause de l'hémorragie, a été vu chez des malades sous traitement anticoagulant pour coronarite.

3)- Les hémorragies des varices oesophagiennes et gastriques.

Là aussi, leur fréquence est variable :

6 % chez les auteurs anglo-saxons ;

15 à 20 % en France où la consommation alcoolique est plus élevée.

Nous avons rendu les varices responsables de l'hémorragie après avoir éliminé une autre lésion, même si elles n'étaient pas vues en train de saigner.

- Nombre d'hémorragies attribuées à des varices : 31 %.

Cette fréquence, un peu supérieure à celle des ulcères gastro-duodénaux, peut s'expliquer par le fait que la plupart des examens endoscopiques ont été faits dans un service orienté vers les maladies du foie.

- Nombre de varices vues en train de saigner : 6.

- Nombre de varices gastriques isolées : 7.

A noter que leur diagnostic est beaucoup plus difficile que celui des varices oesophagiennes, que celles-ci soient hémorragiques ou non.

Nous avons rapporté à ces examens les 6 cas où du sang a été vu, venant du cardia. Dans ces 6 cas, 4 fois la radio a montré l'existence de varices oesophagiennes : 2 fois confirmées par la chirurgie, 1 fois par l'autopsie.

3)- Les hémorragies des gastrites hémorragiques.

Dans le diagnostic de ces lésions, l'endoscopie est irremplaçable ; elle seule peut les reconnaître. Dans la pratique courante de l'endoscopie en urgence, leur fréquence a augmenté : 30 % contre 5 % avant la gastroscopie en urgence, pour KATZ.

Dans notre série, 22 % de gastrites hémorragiques isolées ou associées à d'autres lésions.

Sur 46 gastrites hémorragiques :

. 11 seulement sont survenues inopinément, sans passé pathologique.

. 22 sont survenues après prise médicamenteuse :

- * 16 fois, prise d'Aspirine seule.
- * 1 fois, Aspirine + Indocid.
- * 1 fois, Aspirine + Cortancyl.
- * 1 fois, Aspirine + Réserpine.
- * 1 fois, Phénylbutazone + Indocid +
Cortancyl.
- * 1 fois, Phénylbutazone.
- * 1 fois, Aspro.

. 2 sont survenues au cours d'hémodialyse.

. 3 sont survenues après stress post-opératoire (fracture ouverte de jambe réopérée - 3ème intervention en 15 jours pour ulcère du deuxième duodénum hémorragique, reprise de l'hémorragie, syndrome occlusif - 2ème intervention, grossesse extra-utérine, puis occlusion).

. 16 sont survenues sur un terrain cirrhotique ; 6 fois, une gastrite était associée à des varices oesophagiennes, vues à deux reprises à l'endoscopie en train de saigner.

4)- Hémorragies des hernies hiatales.

6 % de hernies hiatales dans notre série.

Sur les 13 hernies hiatales vues à l'endoscopie, 8 seulement étaient le siège certain de l'hémorragie. Ces poches présentaient des lésions ecchymotiques et purpuriques ; deux présentaient en outre une petite ulcération hémorragique au niveau du collet.

5 malades avaient pris de l'Aspirine les jours précédents.

1 malade avait pris de l'Indocid.

5)- Causes diverses.

- 1 oesophagite.

- 2 cancers gastriques : l'un au niveau du corps gastrique, entraînant une sténose médio-gastrique ; l'autre au niveau de l'antrum.

- 1 aspect de tumeur sous-cardiale qui s'est révélé être un hématome du cardia associé à une oesophagite.

- 1 angiome.

- 2 ulcères duodénaux non soupçonnés à l'endoscopie ; dans un cas, l'oesofibroscopie a découvert des varices oesophagiennes ; dans l'autre, une gastrite hyperhémique avec du sang intra-gastrique.

- 2 épistaxis dégluties.

Ces résultats peuvent être comparés à ceux d'autres auteurs.

KATZ, en 1964, rapporte ses méthodes de diagnostic sur 150 examens, montrant l'importance des examens

endoscopiques :

45 diagnostics à la gastroscopie,
36 à l'oesophagoscopie.

Résultats : 150 examens

D. KATZ - Jame 188, n° 5, May 4, 1964

DIAGNOSTIC	Nb.	%	METHODE DE DIAGNOSTIC				
			Gastro- scopie	Oesophago- scopie	Radio- graphie	Chirur- gie	Autre
G. H.	30	20	26			3	1
U.D.	20	19,3			25	3	1
V.O.	28	18,7		28			
U.G.	15	10	10		2	3	
Association	5	3,3	4	3	1	2	
H.H.	3	2		3			
K.G.	3	2	1		2		
U. marginal	2	1,3	2				
Divers	7	4,9	2	2	0	2	1
Crypto- génétique	28	18,7					

Pour le diagnostic des varices oesophagiennes, DAGRADI démontre, sur 200 cas, l'intérêt de l'oesophagoscopie.

DIAGNOSTIC DES VARICES OESOPHAGIENNES

200 cas

	RADIO		OESOPHAGOSCOPIE	
		%		%
Varice oesophagienne	78	39	164	82
Varice oesophagienne douteuse	32	15,5	5	2,5
Pas de varice oesophagienne	91	45,5	31	15,5

The problem of diagnosis of esophageal varices

A.E. DAGRADI

Plus récemment, H. NICAISE et B. LARDENNOIS démontrent l'efficacité de l'endoscopie en fonction de la nature de la lésion.

EFFICACITE DE L'ENDOSCOPIE
EN FONCTION DE LA NATURE DE LA LESION

	Nombre de cas	Diagnostic exact	Faux -	Faux +
Ulcère duodéal	3		3	
Ulcère gastrique	5	5		1
Erosion gastrique	1	1		
Ulcère peptique	2	2		
Tumeur gastrique	3	3		
Hernie hiatale	1		1	
Varice oesophagienne	4	3	1	
Divers	2	2		

H. NICAISE, B. LARDENNOIS

Ann. Méd. de Reims, 1970, 7.5. 13

- IV -

PLACE DE L'ENDOSCOPIE

DANS LE DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

A - Par rapport à la clinique.

a) - L'orientation clinique donnée par l'examen a-t-elle été corroborée par les découvertes endoscopiques ?

Nous avons individualisé les cas suivants :

- Pas d'orientation clinique.

- Une orientation clinique avec quatre circonstances :

- 1- Prise de médicaments agressifs pour la muqueuse gastrique.
- 2- Signes cliniques de cirrhose.
- 3- Epigastralgies.
- 4- Divers.

- Deux ou plusieurs orientations cliniques :

- 1- Epigastralgies + signes cliniques de cirrhose.
- 2- Médicaments + épigastralgies.
- 3- Médicaments + signes de cirrhose.
- 4- Diverses.

Plusieurs faits ressortent de cette étude :

CORRELATION ENTRE LA CLINIQUE
ET LES DIAGNOSTICS VERIFIES EXACTS DE L'ENDOSCOPIE

Aucune orientation clinique

	Pas d'examen radiologique 12	Examen radiologique pratique 9
Gastrite hémorragique	1	2
Ulcère gastrique	3	2
Sang ↗	1	
Hernie hiatale		1

Une orientation clinique

	PRISE DE MEDICAMENT 33	EPIGAS- TRALGIES 29	STGNES DE CIRRHOSE 54	DIVERS 20
V.O.		1	13	
G.H.	13	2	5	7
U.G.	2	9	2	3
U.B.	2	1	0	
Sang ↗	1	1	1	1
Sang →			3	
U. Pept.				1
H.H.	2	1		2
V.C.T.			4	
K.G.		1		
Desopha- gite		1		
Angiome			1	
Associa- tion	UG + VO GH + HH		4 GH + VO VO + Desopha- gite VCT + HH	HH + GH

Deux orientations cliniques

	Epigastralgies + S. de cirrhose	Médicaments + Epigastralgies	Médicaments + S. de cirrhose
	11	21	15
V.O.			6
G.H.	2	5	5
U.G.	1	3	2
Sang ➤	1		1
Ulcère pept.		1	
H.H.		2	2
V.C.T.	1		1
K. gastrique	1		
Associations	1 (VD + UG)		

Diverses orientations

	Séquelles d'anastomose porto-cave 5 cas	Associations diverses et multiples 4 cas
V.O.	2	1
U.B.		1
Sang ➤	1	
Ulcère pept.		1
H.H.		1
Associations	1 (VO + GH)	

- Chez les 12 malades soumis à l'examen endoscopique sans orientation clinique ni radiologique, l'endoscopie a découvert :

- 1 gastrite hémorragique,
- 3 ulcères gastriques,
- 1 ulcère duodénal.

- Chez ces malades : 3 hémorragies dont l'étiologie est restée inconnue.

- Chez les 86 malades porteurs de signes cliniques de cirrhose, l'examen endoscopique a montré :

- 32 fois, des varices oesophagiennes 37 %
(% global sur 215 examens : 31 %)
- 6 fois, un ulcère gastrique ou duodénal 8 %
(% global sur 215 examens : 30 %)
- 16 fois, une gastrite hémorragique 19 %
(% global sur 215 examens : 22 %).

(5 malades avaient pris des médicaments agressifs pour la muqueuse gastrique).

- Chez les 40 malades présentant des épigastralgies sans prise de médicament, l'endoscopie a découvert :

- 4 fois, des varices oesophagiennes 10 %
- 13 fois, un ulcère gastrique ou duodénal 32,5 %
- 2 fois, une gastrite hémorragique 5 %

- Chez les 69 malades ayant pris des médicaments agressifs pour la muqueuse gastrique, l'endoscopie a découvert :

- 7 fois, des varices oesophagiennes 10 %
- 10 fois, un ulcère gastrique ou duodénal 14,5 %
- 24 fois, une gastrite hémorragique 36 %

Il nous apparaît que, même dans les cas où il existe une orientation clinique apparemment solide, l'endoscopie est nécessaire ; d'où notre attitude systématique dans la pratique de cet examen.

b)- L'endoscopie en urgence apporte-t-elle autant de résultats qu'il s'agisse d'une hématomèse ou d'un méléna ?

L'endoscopie a été pratiquée 159 fois après une hématomèse, 54 fois après un méléna, 1 fois à la suite d'une baisse progressive de l'hématocrite, une autre fois à la suite de la présence de sang rouge à la sonde. L'endoscopie a révélé dans ces deux cas une gastrite.

Il apparaît :

- que la proportion d'endoscopies positives est sensiblement la même dans les deux cas :

- . Pour les hématomèses : 114 sur 159 71,5 %
- . Pour les mélénas : 36 sur 54 70 %

- que la proportion d'ulcère gastrique est pratiquement la même dans les deux cas :

- . Pour les hématomèses : 23 sur 159 14,5 %
- . Pour les mélénas : 8 sur 54 15 %

- qu'il semble exister une différence en ce qui concerne la découverte des varices œsophagiennes ou cardio-tubérositaires :

- . Pour les hématomèses : 53 varices œsophagiennes ou cardio-tubérositaires 33 %
- . Pour les mélénas : 8 varices œsophagiennes ou cardio-tubérositaires 15 %

- que la proportion d'hémorragies restées cryptogéniques est plus importante pour les mélénas :

- Pour les hématomèses : 6 sur 159 4 %
- Pour les mélanoses : 7 sur 54 13 %

Il semble donc, dans notre série de 215 examens pratiqués :

- qu'un malade porteur d'une hypertension portale qui saigne par varices œsophagiennes s'extériorise plus fréquemment par hématomèse ;

- que l'hémorragie digestive qui s'extériorise par mélanose reste plus souvent cryptogénétique.

RESULTATS DE L'ENDOSCOPIE
DANS LES DEUX TYPES D'HEMORRAGIES

	Sang rouge à la sonde Baisse de l'hémato- crite	HEMATEMESE			MELOENA		
		Endo. +	Endo. -		Endo. +	Endo. -	
			O	G		O	G
U.G.		19	2		7	1	
G.H.	2	27			12		
V.O.		22		20	4		1
H.H.		13					
V.C.T.		5			2		
Sang ↗		4			2		
Sang ↘		3			3		
Angiome		1					
U. pept.		2			1		
UG + VO		2					
GH + HH		2					
K. gast.					2		
GH + VO		5			1		
U.B.		2	2	5	1	1	3
U.D.			2	4			3
Epistaxis			1	1			
Crypto.				6		2	5
Erreurs		11	1	1	2		

B - Par rapport à la biologie.

Pratiquement, aucun examen biologique ne peut appuyer les données de la clinique. Une certaine valeur peut être attachée à la clearance de la B.S.P..

En fait, il ne faut y attacher de valeur, dans des conditions d'urgence, que si elle est normale, innocentant le foie.

Quant à l'ammoniémie, il est connu qu'elle est élevée chez le cirrhotique dont le tube digestif contient du sang, quelle que soit l'origine de celui-ci.

C - Par rapport à la laparoscopie.

Nous n'en avons pas l'expérience.

D - Confrontation radio-endoscopique.

La confrontation des résultats de la radiologie et de l'endoscopie en urgence est intéressante à étudier.

Deux catégories de malades sont à envisager :

- Ceux qui ont subi les deux méthodes de diagnostic ;
- Ceux qui n'ont subi que l'endoscopie.

a) - Les résultats du premier groupe sont consignés sur le tableau ci-après.

Par résultats concordants, nous entendons la découverte de la même lésion aux deux examens, soit d'une lésion à un seul de ces examens, l'autre ne pouvant matériellement pas objectiver la lésion en ques-

tion (La gastrite hémorragique ne peut être vue au gastroscopie ; un ulcère duodénal échappe à l'endoscopie, le plus souvent, avec les appareils employés : 142 cas).

Par résultats discordants, nous entendons ceux où il y a forcément une erreur des deux méthodes : 38 cas.

RESULTATS CONCORDANTS				RESULTATS DISCORDANTS		
Total : 142				Total : 38		
Mise en évidence de la même lésion aux 2 examens	R - E +	R + E -	Lésions associées	Erreurs de la radio, endoscopie exacte	Erreur de l'endoscopie, radio exacte	Erreur des deux méthodes
70	23	30	19	28	7	3

Les échecs sont exclus de ce tableau.

Un chiffre est frappant, parmi les résultats discordants : 28 cas d'erreur radiologique avec endoscopie exacte. Les cas se répartissent comme suit :

- 18 fois, l'examen radiologique a été négatif, alors que l'endoscopie découvre :

- 3 fois, varices oesophagiennes ;
- 11 fois, ulcère gastrique ;
- 1 fois, hernie hiatale ;
- 2 fois, varices cardio-tubérositaires ;
- 1 fois, association varices oesophagiennes + gastrite hémorragique.

- 10 fois, l'examen radiologique a donné des résultats incomplets ou erronés.

RADIO	ENDOSCOPIE	DIAGNOSTIC
U.G.	G.H.	G.H.
U.G. + V.O.	O	V.O.
Lacune de la face postérieure	O	O
U.G.	V.O.	V.O.
V.O.	G.H. + U.G.	G.H. + U.G.+V.O.
U.G.	V.O. + U.G.	V.O. + U.G.
U.G.	V.C.T. + V.C.	V.C.T. + V.C.
U.B. + H.H.	U.G.	U.G.
U.B.	O	Crypto.
"Tache au niveau de l'oesophage"	G.H. + Des.	G.H. + Des.

Les erreurs d'interprétation endoscopique avec examen radiologique exact sont au nombre de 7.

ENDOSCOPIE	RADIO	DIAGNOSTIC
V.O.	V.O. + U.G.	V.O. + U.G.
U.G.	0	Pancréatite
Tumeur antrale	0	G.H.
Fils	Ulcère peptique	Ulcère peptique
1 U.G.	2 U.G.	2 U.G.
0	U.G.	U.G.
0	U.G.	U.G.

Enfin, les erreurs d'interprétation des deux méthodes se sont révélées rares (3 cas).

Ces résultats apportent un argument important pour affirmer que radiologie et endoscopie sont complémentaires et qu'elles doivent être toutes deux pratiquées en urgence en cas d'hémorragie digestive.

Dans quel ordre faut-il pratiquer la radiologie et l'endoscopie ?

Nous avons cherché si la précession de l'une des deux méthodes dans le temps avait une importance sur la concordance des résultats.

	TOTAL	RADIO AVANT	ENDOSCOPIE AVANT
Nombre de cas	180	99	81
Discordance	38	24	14
Pourcentage		13,5	8

Les échecs sont exclus de ces résultats.

$(X^2 = 0,911$ significatif à 5 % 3,841)

= Sur ces résultats, il semble donc que le fait de pratiquer l'endoscopie avant la radio :

- d'une part, fasse gagner du temps. Dans les cas de la radio pratiquée avant l'endoscopie, le délai moyen entre ces deux examens est de 36 heures dans notre série ; il est de 6 heures dans le cas inverse. L'idéal serait l'emploi d'une solution iodée hydro-soluble, qui peut être évacuée par la sonde ; mais ce produit est coûteux et donc encore d'emploi peu courant.

- d'autre part, il y a moins de discordance entre les résultats endoscopiques et radiologiques.

= Dans le cas où la radio est faite avant l'endoscopie, 13,5 % de discordances ; dans le cas inverse, 8 %.

b)- La deuxième groupe concerne les malades qui n'ont pas subi en urgence d'examen radiologique, mais chez qui a été pratiquée l'endoscopie en urgence.

- 35 cas dans notre série, où l'examen radiologique n'a pu être pratiqué, soit du fait de l'urgence de l'hémorragie, soit du fait de l'état hémodynamique trop précaire du malade : la radio nécessitant des changements de position fréquents, une station debout et assise.

- Sur ces 35 cas, 24 fois l'endoscopie a été positive; 2 fois, ce résultat positif était faux ; 11 fois, l'endoscopie n'a rien montré. Sur ces 11 cas, 7 fois, la lésion ne pouvait être vue (5 ulcères duodénaux, 2 varices oesophagiennes), 3 fois l'hémorragie digestive est restée cryptogénétique et 1 fois le résultat négatif était faux : il existait, dans ce dernier cas, un ulcère de la face postérieure (chez un polytraumatisé qu'il n'était possible d'examiner qu'en décubitus dorsal).

- Cependant, dans ce groupe de malades n'ayant subi que l'endoscopie, le pourcentage d'erreur est plus élevé que pour l'ensemble de la série :

% d'erreurs sur 215 examens 7 %

% d'erreurs sur 35 examens pratiqués en
l'absence de tout examen radiologique 8,6 %

De plus, le pourcentage d'hémorragies restées cryptogénétiques est plus important :

6 % d'erreurs pour 215 examens.

8,6 % d'erreurs pour 35 examens endoscopiques pratiqués en l'absence de tout examen radiologique.

	RADIOGRAPHIE NON PRATIQUEE 35 cas		EXAMEN RADIOLOGIQUE NEGATIF 52 cas
	Examen endo + 24 cas	Examen endo - 11 cas	Examen endo + 44 cas
Varices oesophagiennes	5	2	3
Oesophagite	1		
Sang ↘ au cardia	1		
Varices cardio- tubérositaires	1		3
Association V.O. + G.H.			1
Hernie hiatale	1		1
Ulcère gastrique	4		12
Gastrite hémorragique	5		23
Reflux de sang au pylore	4		
Ulcère duodénal		5	
Angiome			1
Cryptogénétique		3	
Erreurs	2	1	

POURCENTAGE D'ERREURS		POURCENTAGE DES CRYPTOGENETIQUES	
Global sur 215 examens	Examen endo. seul	Global sur 215 examens	Examen endo. seul
7 %	8,6 %	6 %	8,6 %
X^2 erreurs : 0,00019		X^2 crypto. : 0,037	
(X ² significatif à 5 % : 3,841)			

RESULTATS DES EXAMENS ENDOSCOPIQUES
PRATIQUES SANS APPORT RADIOLOGIQUE

- Mais, pour juger de l'apport réel de l'endoscopie en urgence, considérons les cas où le diagnostic a été porté par cette seule endoscopie, que l'examen radiologique n'ait pas été pratiqué (35 cas) ou qu'il n'ait apporté aucun renseignement (52 cas).

Sur ces 87 cas d'examens pratiqués sans apport radiologique, 68 cas de diagnostics posés par l'endoscopie seule, dont 2 diagnostics erronés.

- FIORINI rapporte les résultats de 126 cas d'oesogastrosopie en urgence pratiquée en dehors de tout autre examen.

Le pourcentage d'erreur est de 12,7 % ;
8,6 % dans notre série.

DIAGNOSTICS PORTES PAR L'ENDOSCOPIE SEULE

126 cas

Diagnostics exacts	86
Diagnostics erronés	16
Diagnostics impossibles	21

E. FIORINI, G. LENARDUZZI

Rapport du 1er Symposium de la Société Italienne de
Gastro-entéro-laparoscopie

Milan

E - L'intérêt majeur de l'examen endoscopique

est d'être la seule méthode capable de montrer une lésion "source présumée" de l'hémorragie en train de saigner et d'apporter ainsi une certitude sur l'origine de l'hémorragie.

- Nous avons rapporté à ces cas : les examens qui ont permis de localiser l'hémorragie au-dessus du cardia, au-delà du pylore.

- Mais nous avons exclu de ces résultats les cas où l'endoscopie a découvert un aspect de gastrite ecchymotique ou purpurique, un ulcère avec un caillot avoisinant.

Dans 54 cas (25 %), des examens pratiqués, l'endoscopie a pu affirmer l'origine certaine de l'hémorragie.

DECOUVERTE DE LA LESION HEMORRAGIQUE

SOURCE CERTAINE DE L'HEMORRAGIE

ORIGINE OESOPHAGIENNE 21	ORIGINE GASTRIQUE 33
Varices oesophagiennes 7	Gastrite hémorragique 17
Hernie hiatale 8	Ulcère gastrique 10
On peut rapporter à ces cas :	
6 cas de sang coulant du cardia (5 V.O., 1 épistaxis déglutie)	6 cas de sang venant du pylore, 6 ulcères duodénaux

Il faut tenir compte, dans ces résultats, de

l'appareil employé : sur 215 examens pratiqués, 65 fois l'oesofibroscope seul, 142 fois le gastroscopie seul, 8 fois les deux appareils.

Les 21 cas de varices oesophagiennes passées inaperçues au gastrofibroscope auraient peut-être révélé une source hémorragique certaine avec l'oesofibroscope.

La notion de "source hémorragique" nous amène à penser que celle-ci serait peut-être plus souvent affirmée si l'endoscopie était pratiquée en période réellement hémorragique, c'est-à-dire lorsque l'estomac contient encore du sang. Cette hypothèse qui paraît évidente peut, en fait, prêter à discussion si l'on étudie l'influence sur les résultats de l'endoscopie du délai entre l'hémorragie et l'examen endoscopique.

INFLUENCE DU DELAI ENTRE L'HÉMORRAGIE ET L'EXAMEN ENDOSCOPIQUE SUR LES RESULTATS

	Période réellement hémorragique	24 premières heures	24 à 48 h.	Plus de 48 h.	TOTAL
Nombre d'examens pratiqués	34	106	70	20	230
Echecs	3	7	4	1	15
Endo + exactes	16	66	44	15	141 + 13 erreurs
Endo - exactes	10	28	18	3	59 + 2 erreurs
Erreurs	5	5	4	1	15
Crypto.	1	6	7	1	15
SHA ↓ ↑	5	25	11	1	42
Reille ↓	3	6	2	1	12

X² source hémorragique affirmée 0,129

X² erreurs 2,669

X² cryptogénétique 0,238 X² significatif à 5 % = 3,841

En effet, cette étude ne montre aucune différence significative entre le nombre de lésions vues "en train de saigner" en période réellement hémorragique et celles vues dans les premières 24 heures :

8 sources affirmées sur 31 examens pratiqués dans le 1er cas : 26 %

31 sources affirmées sur 99 examens dans le 2ème cas : 31 %

En revanche, après la 24ème heure, le nombre de sources hémorragiques affirmées diminue.

Mais, il apparaît que les erreurs sont plus fréquentes dans les examens pratiqués en période hémorragique :

5 diagnostics erronés sur 31 examens pratiqués : 16 %

5 diagnostics erronés sur 99 examens pratiqués : 5 %

Mais le nombre des hémorragies dont l'origine n'a pu être affirmée augmente avec le délai entre l'endoscopie et l'hémorragie :

3 % en période hémorragique

6 % dans les premières 24 heures.

Cet examen endoscopique pratiqué en période hémorragique est, d'autre part, souvent impossible à réaliser, car le délai entre l'extériorisation de l'hémorragie (qui peut avoir lieu alors que la source est tarie) et l'examen endoscopique est très variable, du fait du malade lui-même (appel du médecin de ville, transport, admission, difficultés matérielles pour réaliser l'examen). Ceci explique le petit nombre d'examens pratiqués en période hémorragique, dans notre série.

Nous pensons donc que rien, dans les résultats,

n'indique qu'il faille pratiquer l'endoscopie très précocement. Les premières 24 heures nous semblent un délai raisonnable.

HIRSCHOWITZ, en 1962, en étudiant l'influence sur les résultats du délai entre l'hémorragie et l'endoscopie, apporte la preuve que ces résultats ont plus de chances d'être justes si l'examen est précoce.

DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE
CHEZ 85 PATIENTS APRES HEMORRAGIE

DIAGNOSTIC	DELAI ENTRE LE DERNIER SAIGNEMENT ET L'ENDOSCOPIE	
	Moins d'une semaine	Plus d'une semaine
Ulcère gastrique aigu	16	2
Ulcère gastrique chronique	10	2
Gastrite	3	2
Cancer gastrique	1	1
Ulcère duodéal chronique	13	7
Duodénite	4	4
Ulcère duodéal aigu	6	1
Endoscopie négative	5	3
Divers	4	1

Sur 202 examens, HIRSCHOWITZ a examiné bulbe et parfois 2ème duodénum : 41 fois.

B.I. HIRSCHOWITZ : Bull. of Gastro-intestinal Endoscopy - May 1962.

- V -

ASSOCIATIONS LESIONNELLES

C'est un problème très important, pour lequel l'endoscopie est capitale, puisqu'elle seule est capable de montrer, parfois, la lésion qui saigne et donc d'envisager un traitement approprié.

a)- L'endoscopie a découvert :

1 - . 5 cas de varices oesophagiennes associées à une gastrite hémorragique.

. 1 cas de varices cardio-tubérositaires associées à une gastrite hémorragique.

. 1 cas de varices oesophagiennes associées à une oesophagite.

Sur ces 7 examens :

. 6 fois, les varices oesophagiennes étaient visibles radiologiquement.

. 2 fois, l'examen endoscopique a montré des varices oesophagiennes "en train de saigner".

. 4 fois, l'examen endoscopique a découvert une gastrite hémorragique, 1 fois une oesophagite. Ces lésions étaient la cause probable du saignement qui ne s'est pas reproduit.

2 - 2 cas d'ulcère gastrique hémorragique associé à des varices oesophagiennes visibles à l'examen radiologique.

- 3 - 2 cas de hernie hiatale visible à la radio,
associée à une gastrite hémorragique.

b)- L'endoscopie a donné des résultats incomplets :

- 1 cas d'ulcère duodénal associé à des varices oesophagiennes. Ces lésions étaient visibles radiologiquement. L'endoscopie n'a découvert aucune cause hémorragique.
- 5 cas d'ulcères duodénaux hémorragiques associés à une gastrite hémorragique.
- 2 cas de hernies hiatales avec varices oesophagiennes. L'endoscopie a montré, dans ces deux cas, des varices oesophagiennes non hémorragiques.
- 1 cas d'ulcère gastrique associé à des varices oesophagiennes. Seules les varices oesophagiennes ont été vues à l'endoscopie.

On remarque, dans ces associations lésionnelles :

- La fréquence des gastrites hémorragiques et des varices oesophagiennes;
- que, chez 11 malades, l'endoscopie a pu affirmer l'origine de l'hémorragie.

- VI -

Deux chapitres se sont enrichis, depuis cette technique endoscopique :

1)- LES CIRRHOSSES.

L'endoscopie a montré la fréquence des gastrites hémorragiques (19 % sur 86 malades, alors que le pourcentage sur 215 examens pratiqués est de 22 %), chez les malades porteurs de signes cliniques de cirrhose à côté des ulcères et des varices oesophagiennes et parfois associées à eux.

Les varices oesophagiennes sont parfois découvertes sans signe clinique ni même radiologique.

2)- LES GASTRITES.

- Un tableau clinique : l'hématémèse.
- Des aspects endoscopiques divers.

a)- La gastrite hémorragique.

Bien étudiée sur le plan nosologique par LAMBLING, elle correspond "à tous les états pathologiques caractérisés par la survenue d'hémorragies nées de modifications fonctionnelles ou organiques locales ou générales des capillaires de la muqueuse gastrique"

Endoscopiquement :

- soit plaques d'exsudations sanguines, réali-

sant des hémorragies en nappe sans perte de substance visible.

- soit aspect de purpura et d'ecchymoses gastriques associant des pétéchies rouges ou noirâtres à des suffusions saillantes ecchymotiques.

Ces lésions sont caractérisées par :

- leur habituelle bénignité ;

- leur grande labilité : elles peuvent, en effet, disparaître quelques heures après une hémorragie grave, expliquant que le gastroscopiste ou parfois le chirurgien ne trouvent rien lors de l'exploration gastrique, en dehors d'une gastrite congestive banale.

b)- Les gastrites érosives.

- Elles se présentent au gastroscopiste sous forme de petites érosions multiples d'un demi à un millimètre de diamètre, superficielles, associées à des lésions "en coup d'ongle", elles aussi plus ou moins nombreuses.

- Ces érosions sont rouges, avec un filet de sang si l'hémorragie est active, soit noires, marquées par de petits caillots. Elles siègent sur une muqueuse pathologique, épaissie, d'aspect "succulent", très fragile, saignant au moindre contact du tube.

Si l'examen est pratiqué en dehors de la phase hémorragique, l'interprétation d'une telle lésion est parfois difficile.

Les petites ulcérations de la gastrite érosive hémorragique sont en général très nombreuses, et il est rare, bien que cela puisse arriver, que se pose le problème de lésions provoquées par une sonde d'aspiration mise en place avant l'endoscopie.

c)- Les ulcères aigus.

- Lésions de taille variable, régulières ou déchiquetées, cruentées ou hémorragiques ;

de profondeur variable, mais en général térébrantes, pouvant aller jusqu'à la perforation.

- Fait essentiel : elles sont le plus souvent multiples.

- Elles siègent plus fréquemment sur la muqueuse gastrique que duodénale.

- La place de cette ulcération par rapport à l'ulcère chronique est encore impossible à fixer ; seul un histologiste pourrait répondre.

d)- L'exulcération simplex de Dieulafoy.

La définition en est précise, mais histologique :

- Ulcération unique, n'atteignant pas la musculuse,

- survenant sur une muqueuse saine,

- toujours hémorragique, érodant une artère d'assez gros calibre, mais néanmoins de trajet superficiel, sans lésion d'artérite.

L'examen endoscopique peut tout au plus suspecter une telle lésion :

. par l'absence de bourrelet inflammatoire,

. par la régularité de la lésion,

. par l'aspect plan.

Ces différents aspects aigus hémorragiques, proches les uns des autres, sont très souvent associés.

CONCLUSIONS

L'examen endoscopique en urgence est un examen indispensable dans le diagnostic des hémorragies digestives,

- presque toujours possible

(15 échecs techniques dans notre série: 7 %)

même chez un malade fragile, dans un état hémodynamique trop précaire pour subir un examen radiologique.

Résultats de l'endoscopie en urgence sur 230 examens :

154 cas de diagnostic exact vérifié	72 %
61 cas, pas de cause d'hémorragie découverte .	28 %
15 cas : diagnostic erroné	7 %
13 cas : étiologie inconnue	6 %
15 échecs techniques (endoscopie impossible) .	7 %

Technique :

Employer en premier lieu l'oesofibroscope à vision terminale ou axoscope ; l'appareil long est indispensable actuellement.

Place de l'endoscopie :

Elle doit être, à notre avis, pratiquée avant la radio, car, d'une part, cette technique fait gagner du temps, d'autre part, il y a moins de discordances radio-endoscopiques :

7,8 % dans le premier cas,
13,5 % dans le second cas.

Pratiquée d'urgence dans les premières heures de l'hémorragie, l'endoscopie donne plutôt de moins bons résultats diagnostiques que si elle est utilisée dans les 24 premières heures, c'est-à-dire en urgence différée :

5 % d'erreurs dans le premier cas,
16 % d'erreurs dans le second cas.

Elle est irremplaçable pour affirmer l'origine certaine de l'hémorragie :

Dans 54 cas (25 %), l'endoscopie a montré une lésion "en train de saigner".

Un autre intérêt primordial est d'être la seule méthode capable de reconnaître les gastrites hémorragiques dont la fréquence est grande, associées parfois à des lésions non hémorragiques radiologiquement visibles.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

Pr. GROSSIORD

Le Président
de la thèse,

Ch. DEBRAY

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AVERY JONES (F.), GUMMER (J.W.P.), LENNARD JONES (J.F.) - Clinical gastroenterology. (Edit. 2) - Oxford, 1968, Blackwell Scientific Pub.-
- 2 - BAUDRY (G.), VISSET (J.), BODIC (L.) - Les hémorragies gastro-duodénales graves : problèmes diagnostiques et thérapeutiques.- J. Méd. Nantes, 1968, vol. 8, n° 1, 19-32.
- 3 - BOCKUS (H.L.), FERGUSON (L.K.), THOMPSON (C.) and ROTH (J.L.A.) - Management of gastrointestinal hemorrhage of undetermined origin.- J. Amer. Med. Ass., 1953, vol. 152, n° 13, 1228-1230.
- 4 - BOCKUS (H.L.) - Gastroenterology. (Edit. 2) - Philadelphia, 1963, W.B. Saunders Company.
- 5 - BONFILS (S.), BENHAMOU (J.P.), DEBRAY (C.), HAMBURGER (J.), LOYGUE (J.), ROUX (M.), PEQUIGNOT (H.) - Conduite à tenir devant une hématomérose grave.- Presse Méd. 1969, vol. 77, n° 10, 355-358.
- 6 - BROWN (D.C.) and MLA HARDY (G.) - Gastroscopy in hemorrhage of the stomach.- New-Orleans Med. Surg. J. 1941, vol. 93, 338-343.
- 7 - CHANDLER (G.N.), CAMERON (E.D.), NUNN (A.N.), and STREET (D.F.) - Early investigation of haematemesis.- G.U.T., 1960, vol. 1 - 6.

- 8 - CONN (H.O.), BRODOFF (M.) - Emergency esophagoscopy in the diagnosis of upper gastro-intestinal hemorrhage.- Gastro-enterology, 1964, vol. 47, n° 5, 505-512.
- 9 - CONN (H.O.), BINDER (H.) and BRODOFF (M.) - Fibroptic and conventional esophagoscopy in the diagnosis of esophageal varices. Gastroenterology, 1967, vol. 52, n° 5, 810-818.
- 10 - CONN (H.O.), SIMPSON (J.A.) - A rational program for the diagnosis and treatment of bleeding esophageal varices.- Med. Clin. of North Amer. 1968, vol. 52, n° 6, 1457-1474.
- 11 - CONTE (M.), FOUET (P.), BODIN (F.) et LIGUORY (C.) - Radiographie et endoscopie gastrique en urgence au cours des hémorragies digestives.- Ann. Méd. Intern. 1970, vol. 121, n° 2, 213-216.
- 12 - DAGRADI (A.E.), SANDERS (D.) and STEMPIEN (S.J.)- The sources of upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis.- Ann. Intern. Med. 1955, vol. 42, n° 4, 852-855.
- 13 - DAGRADI (A.E.), KILLEEN (R.N.) and SCHINDLER (R.)- Esophageal hiatus sliding hernia, an endoscopic study.- Gastroenterology, 1958, vol. 35, n° 1, 54-61.
- 14 - DAGRADI (A.E.), STEMPIEN (S.J.) and LEE (R.N.)- Experiences with esophago-gastrosocopy during active upper gastro-intestinal hemorrhage.- Bull. Gastroin. Endosc., 1965, vol. 11, n° 5, 20-23.
- 15 - DAGRADI (A.E.), BRODERICK (J.J.), JULER (G.), WOLINSKY (S.) and STEMPIEN (S.J.) - The Mallory-Weiss syndrome and lesions. Study of 30 cases.- Amer. J. Dig. Dis. 1966, vol. 11, n° 9, 710-720.
- 16 - DAGRADI (A.E.), STEMPIEN (S.J.) and LEE (E.R.)- The indication for endoscopy in acute gastro-

intestinal hemorrhage.- Gastrointest. Endosc.
1966, vol. 13, n° 11, 22-34.

- 17 - DAGRADI (A.E.) and STEMPIEN (S.J.) - Esophago-gastroscopy during active upper gastrointestinal bleeding.- Amer. J. Gastroent. 1969, vol. 51, n° 6, 499-503.
- 18 - DESNEUX (J.J.) - Hémorragies digestives aiguës : endoscopie d'urgence.- Rapport aux Journ. Franç. de Gastroent. Paris, 1959 - Arch. Mal. App. Dig. 1959, tome 48, n° 7/8 bis, 53.
- 19 - DUPUY (P.), HOUSSET (P.), RUEFF (B.), DEBRAY (C.)- L'endoscopie oesogastrique d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves.- Arch. Franç. Mal. App. Dig., Janv.-Fév. 1971, 60, n° 1-2.
- 20 - DUPUY (P.), HOUSSET (P.), RUEFF (B.), PERREAU (G.), RICHARD (J.), DEBRAY (C.) - Intérêt de l'oesogastrosopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes graves. Sa place parmi les épreuves diagnostiques. 160 observations.- Semaine des Hôpitaux - A paraître.
- 21 - DUPUY (P.), COULBOIS (J.) - L'endoscopie en urgence en gastro-entérologie.- Revue du Praticien - A paraître, 1971.
- 22 - FIORINI (E.) et LENARDUZZI (G.) - Endoscopie et radiologie dans le diagnostic des hémorragies oesophago-gastriques.- Rapport 1er Symposium Soc. Ital. Gastro-entéro-laparoscopie - Fondation Carlo Erba, Milan.
- 23 - GRENIER-BOLEY (P.) - Intérêt de l'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes d'origine indéterminée.- Thèse Lyon, 1970.
- 24 - HEDBERG (S.E.) - Early endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal hemorrhage. An analysis of 323 cases.- Surg. Clin. N. Amer., 1966, vol.

46, n° 3, 499-512.

- 25 - Hémorragies digestives.- Revue Prat. 1970, tome 20, n° 4.
- 26 - HOUSSET (P.), DELLUC (G.) et DEBRAY (C.) - Indication et résultat de l'oesdgastrosco-
pie d'urgence.- Actualités hépato-gastro-ent.,
Hôtel-Dieu, 1969, n° 7, 315-322.
- 27 - HIRSCHOWITZ (B.I.), LUKETIC (G.C.), BALINT (J.
A.), FULTON (W.F.) - Early fiberoscope endos-
copy for upper gastrointestinal bleeding.-
Amer. J. Dig. Dis. 1963, vol. 8, n° 10, 816-
825.
- 28 - KATZ (D.), DOUVRES (P.), WEIBERG (H.), MACKINNON
(W.) and JERZY GLASS (G.B.) - Early endoscopic
diagnosis of acute upper gastrointestinal
hemorrhage.- J. Amer. Med. Ass. 1964, vol.188,
n° 5, 405-408.
- 29 - KATZ (D.), DOUVRES (P.), WEIBERG (H.), MACKINNON
(W.), CHARM (R.) - Sources of bleeding in upper
gastrointestinal hemorrhage : a reevaluation.-
Amer. J. Dig. Dis., 1964, vol. 9, n° 7, 447-458.
- 30 - KATZ (D.), FREUD (M.), MACKINNON (W.) - The
Mallory-Weiss syndrome : evaluation by early
endoscopy of its clinical picture and its
incidence in upper gastrointestinal hemorrhage.
- Amer. J. Dig. Dis. 1965, vol. 10, n° 4, 314-
322.
- 31 - KATZ (D.), DOUVRES (P.), WEISBERG (M.), CHARM
(R.) and MACKINNON - Esophagogastros-
copy : an advantage in the diagnosis of acute upper gastro-
intestinal hemorrhage.- Bull. Gastrointest.
Endosc. 1965, vol. 11, n° 2, 25-29.
- 32 - KATZ (D.), PAULO (D.), MACKINNON (W.) and JERZY
GLASS (G.B.) - Upper gastrointestinal bleeding
in the aged : a prospective study utilizing a

younger age group as control.- Amer. J. Dig. Dis. 1965, vol. 10, n° 8, 689-696.

- 33 - MAC CRAY (R.S.), WINAWER (S.J.) and ZANCHERCK (N.) - Acute hemorrhage and chronic bleeding from gastritis : an evaluation of 96 cases.- Gastroenterology 1967, vol. 52, n° 6, 1106.
- 34 - MOUTIER (F.) - Traité de GastroscoPie.- Paris, 1935, Masson.
- 35 - NACEL (G.B.), DOERING (R.B.), STEEDMAN (R.A.), CONNOLLY (J.E.) - Management of hemorrhagic gastritis. Analysis of 34 cases.- Amer. Surg. 1967, vol. 33, n° 10, 815-819.
- 36 - NICAISE (H.), LARDENNOIS (B.), DROVARD (F.) et RIVES (J.) - Approche diagnostique d'urgence des hémorragies digestives hautes en milieu chirurgical. Le choix des examens complémentaires. A propos de 103 observations.- Ann. Méd. de Reims, 1970, 7, 5-13.
- 37 - NISSEMDAUM (M.), ATTIA (A.), DIBIANCO (J.) and CROISSER (V.W.) - A new device (diagnostube) for the localisation of upper gastrointestinal bleeding.- Gastroenterology, 1965, vol. 49, n° 6, 662-666.
- 38 - PALMER (E.D.) and BRICK (I.B.) - Sources of upper gastrointestinal hemorrhage in cirrhotic patients with esophageal varices.- New Engl. J. Med., 1953, vol. 248, n° 25, 1057-1058.
- 39 - PALMER (E.D.) - The vigorous diagnosis approach to upper gastrointestinal tract hemorrhage.- J. Amer. Med. Ass. 1969, vol. 207, n° 8, 1477-1488.
- 40 - PALMER (E.D.) - Diagnosis of upper gastrointestinal hemorrhage.- Ch. C. Thomas, Springfield, Illinois.

- 41 - PALMER (E.D.), WIRTZ (C.W.) - Survey of gastroscopic and esophagoscopy accidents. Report of committee on accidents of the American gastroscopic society.- J.A.M.A., 1957, vol. 164, n°18, 2012-2015.
- 42 - SCOTT (N.M.) - Experiences with the "vigorous diagnosis approach" to upper gastrointestinal hemorrhage.- Ann. Intern. Med., 1959, vol. 51, n° 7, 754-756.
- 43 - VICKERS (N.F.) and STANLEY (M.M.) - Aspirin gastritis. Gastroduodenoscopic observations.- Gastroenterology, 1963, vol. 44, n° 4, 419-423.
- 44 - WATSON (W.C.), MAXWELL (J.D.) and FERGUSON (A.) - Fiberoscopy in the management of acute upper alimentary bleeding.- Proc. 1er Europ. Cong. Digestive Endoscopy, Prague, 1968 - Basel / New-York, 1969, Karger, édit.-
- 45 - WEISS (A.), PITMAN (E.R.) and GRAHAM (E.C.) - Aspirin and gastric bleeding. Gastroscopic observations with review of literature.- Amer. J. Med. 1961, vol. 31, n° 2, 266-278.
- 46 - WELCH (C.S.) - Management of massive bleeding from esophageal varices and undeterminant gastric lesions.- New-York J. Med., 1962, vol. 62, n° 9, 2947-2952.
- 47 - WILSON (D.E.) and CHALMERS (D.C.) - Management of emergencies. Acute hemorrhage from the upper gastrointestinal tract.- New-Eng. J. Med. 1966, vol. 274, n° 24, 1368-1371.
- 48 - ZINDBERG (S.S.) and BERCK (J.E.) - A method for facilitation endoscopic diagnosis of esophageal varices and gastric lesions.- Amer. J. Dig. Dis. 1966, vol. 11, n° 7, 553-558.

